Bescheinigung über das Praktische Jahr

Der/Die Studierende der Medizin

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	

hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der/dem unten bezeichneten Klinik/Krankenhaus, der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder der ärztlichen Praxis durchgeführten Ausbildung teilgenommen. Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung/in der Praxis für

Die Ausbildung wurde in

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit mit einem Umfang von ____ % der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt.

Dauer des Tertials

Von: _____ bis: _____

Fehlzeiten:

☐ nein

☐ ja von: _____ bis: _____

☐ davon wegen Krankheit oder aus wichtigem Grund (durch den/die Studierende/n der Medizin gegenüber dem Landesprüfungsamt nachzuweisen bzw. glaubhaft zu machen)

Von: _____ bis: _____

☐ Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. von der Medizinischen Hochschule Hannover zur Ausbildung bestimmt worden.

oder

☐ Die Ausbildung ist an einer Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt worden.

Ort, Datum _____

Siegel/Stempel

Krankenhaus/Klinik

_____

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)